

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2011年 2月 18日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 064-0806

住所

札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4
高砂サニーハイツ401

電話番号 011-522-9772

評価機関名 特定非営利活動法人
福祉サービス評価機構Kネット

認証番号 北海道 第10-003号

代表者氏名 理事長 三上 重之

下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

| 評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号 | 評価調査者氏名 | | 分野 | 評価調査者番号 |
|---------------------------------------|--|-------|--------------|---------|
| | (1) | 吉村 信義 | 組織・福祉 | 1 |
| | (2) | 霜山 幸雄 | 組織・福祉 | 119 |
| | (3) | 小田 恵子 | 福祉 | 10 |
| | (4) | 中澤 和子 | 福祉 | 107 |
| | (5) | | | |
| サービス種別 | 知的障害者通所授産施設 | | | |
| 事業所名称 | 陽だまり | | | |
| 運営法人名称 | 社会福祉法人 後志報恩会 | | | |
| 評価実施期間(契約日から報告書提出日) | 2009年 10月 14日 | ～ | 2011年 2月 18日 | |
| 利用者調査実施時期 | 2010年 2月 9日 | ～ | 2010年 3月 25日 | |
| 訪問調査日 | 2010年 3月 4日 | | | |
| 評価合議日 | 2010年 11月 30日 | | | |
| 評価結果報告日 | 2011年 2月 18日 | | | |
| 評価結果の公表について事業所の同意の有無 | <input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし | | | |
| ※評価結果の公表について事業所が同意しない場合のみ理由を記載してください。 | | | | |

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット

②事業者情報

| | |
|-----------------------------------|------------------|
| 名称：社会福祉法人 後志報恩会 | 種別：障がい福祉サービス事業 |
| 代表者氏名：理事長 山崎 忠顯 | 定員(利用人数)： 39 名 |
| 所在地：〒048-2335 北海道余市郡仁木町銀山2丁目134番地 | TEL 0135-33-5311 |

③事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

- 1・創設以来の歴史的発展を引継ぎ利用者が地域に定着して生きる事業運営とその成果の維持に努めています。
- 2・運営理念とその基本方針を明確にして、利用者の人権擁護に努め、利用者の生活に維持発展に尽くして成果を挙げています。
- 3・職員が先導的に地域支援者の組織化に取り組み、利用者本位の支援に努めています。
- 4・弛まない職員の利用者支援や新たな業務の開拓に努め、高い改善への意欲が見られます。
- 5・食品加工、ドライフラワー、エコ(食品廃油回収燃料精製、食品廃棄物回収堆肥化)事業の合理的展開によって利用者就労の場の拡大と所得の倍増化を図っています。

◇改善を求められる点

1. 事業所独自のマニュアルの作成
各種マニュアルは法人共用パソコンのネットワークで全職員に周知し、活用を図っていますが、当事業所の業種は食品加工、ドライフラワー、エコ事業など多様な機器を使用していることから、事業所独自の作業機器操作安全マニュアルなどの作成を検討するよう望みます。
2. 多くの職員が集う作業所食堂の手洗い場の複数化が望まれます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

別紙のとおり

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

社会福祉法人 後志報恩会 陽だまり

第三者評価結果に対するコメント

- ① 職員間の情報共有化と課題の把握、問題解決までの取り組み
施設規模が小さく、また職員数も少ないため、日常的に連絡、報告、相談を漏れることなく実施するようにしている。職員間のコミュニケーションを重視し、支援サービス、労務、財務に係る課題等を常に顕在化し、情報を共有化することにより課題解決を図るようにしている。
- ② 法人設立当初からの法人理念に基づく、地域との関係性を重視した取り組み
法人母体の銀山学園設立当初より、法人理念でもある地域との関係を重視し事業運営を実施している。過疎化の著しい地域において施設の持つ機能やマンパワーを活用することにより地域の振興、活性化に施設が中核的な役割を担い、地域との共同の中で施設が歩んできたという歴史を持っている。この歴史的過程の中で培われた地域住民の知的に障がいを持つ方々に対する深い理解は、利用者の皆さんにとって安心して働き、また生活を送るための重要な基盤となっている。
- ③ 工賃向上への取り組み
工賃向上への取り組みの一環として、工賃向上5ヵ年計画の策定し北海道へ提出している。また、目標工賃達成指導員の配置やホームページを活用してのネット販売の実施、他事業所との製品販売体制の連携等、工賃向上への取り組みを積極的に展開している。

今後の課題

- ① 利用者一人ひとりの障がい特性に応じた専門的支援
年々、利用者の障がいの状態は、精神障がいや自閉症、また触法行為を有する方等、多様化しており、それぞれの障がい特性に応じた適切な就労や生活に関する支援が求められている。スーパーバイズ体制の整備を含め、職員のより専門的な知識や技能の獲得に向けた取組が必要である。
- ② 中長期計画の基づく事業運営
平成15年度に支援費制度が開始され、18年の自立支援法の施行そして政権交代に伴う21年度の同法の廃止、目まぐるしく変わる障がい福祉政策の中で、平成15年4月の事業所開設以来6年が経過し、施設、備品整備等の基盤整備がほぼ終了し、昨年1月1日に[障がい者自立支援法]に基づく事業へと移行した。しかし、今後の障がい福祉施策の方向性は不透明な状況である。こうした状況の中で、中長期計画の策定は今後法人の中長期計画と連動しつつ、事業所としても今後の施策の動向を見ながら中長期経過の策定を実施していきたい。
- ③ 危機管理、サービス実施等に関する標準化への取り組み
法人全体としては、関係マニュアルは整備されているが、事業所での事故、怪我等への対応マニュアルや作業手順の標準化等、事業所固有のマニュアルの整備が必要である。

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 21 年 12 月 10 日

| | | | |
|---|---|-----|-------------|
| 経営主体 (法人名) | 社会福祉法人 後志報恩会 | | |
| 事業所名 (施設名) | 陽だまり | 種別 | 知的障害者通所授産施設 |
| 所在地 | 〒 048-2335 北海道余市郡仁木町銀山 2 丁目 547 | | |
| 電 話 | 0135-33-5737 | | |
| F A X | 0135-33-5735 | | |
| E-mail | hidamari-2003@nifty.com | | |
| U R L | http://www.justmystage.com/home/hidamari/ | | |
| 施設長氏名 | 川瀬 紀幸 | | |
| 調査対応ご担当者 | 渡 朋仁 (所属、職名：支援科長) | | |
| 利用定員 | 40 名 | 開設年 | 年 4 月 1 日 |
| <p>理念・基本方針：一人ひとりが安心して共に生活できる福祉コミュニティの創造～ノーマライゼーション社会の実現を目指して～</p> <p>基本方針①施設利用者の社会自立促進が図られるよう援助を行います。②利用者の特性、希望等を勘案しながら福祉的就労の他社会適応の援助を行います。③相談及び援助を適切に行います。④総合的な福祉サービス提供に努め、家族との相互理解、連携を図ります。</p> | | | |
| 開所時間 (通所施設のみ) | 9 : 00～17 : 00 | | |

【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

【利用者の状況に関する事項】（平成21年12月1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（老人福祉サービスを除く））

| | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 18歳未満 | 18～20歳未満 | 20～25歳未満 | 25～30歳未満 | 30～35歳未満 | 35～40歳未満 |
| 名 | 名 | 2名 | 5名 | 5名 | 名 |
| 40～45歳未満 | 45～50歳未満 | 50～55歳未満 | 55～60歳未満 | 60～65歳未満 | 65歳以上 |
| 2名 | 3名 | 6名 | 10名 | 3名 | 3名 |
| | | | | | 合計 |
| | | | | | 39名 |

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

| | | | | | |
|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|
| 65歳未満 | 65～70歳未満 | 70～75歳未満 | 75～80歳未満 | 80～85歳未満 | 85～90歳未満 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 90～95歳未満 | 95～100歳未満 | 100歳以上 | 合計 | | |
| 名 | 名 | 名 | 名 | | |

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

| | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1歳未満 | 1～6歳未満 | 6～7歳未満 | 7～8歳未満 | 8～9歳未満 | 9～10歳未満 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 10～11歳未満 | 11～12歳未満 | 12～13歳未満 | 13～14歳未満 | 14～15歳未満 | 15～16歳未満 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 16～17歳未満 | 17～18歳未満 | 18歳以上 | 合計 | | |
| 名 | 名 | 名 | 名 | | |

○年齢構成（保育所の場合）

| | | | | | |
|-------|-------------|------------|-----|-----|-----|
| 6ヶ月未満 | 6ヶ月～1歳3ヶ月未満 | 1歳3ヶ月～2歳未満 | 2歳児 | 3歳児 | 4歳児 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 5歳児 | 6歳児 | 合計 | | | |
| 名 | 名 | 名 | | | |

○障害等の状況

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

| 障害区分 | 1級 | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | 7級 |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| 視覚障害 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 聴覚又は平衡機能の障害 | 名 | 名 | 1名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 音声・言語、そしゃく機能の障害 | 名 | 名 | 名 | 1名 | 名 | 名 | 名 |
| 肢体不自由 | 名 | 名 | 2名 | 1名 | 名 | 名 | 名 |
| 内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他） | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 重複障害（別掲） | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 合計 | 名 | 名 | 3名 | 2名 | 名 | 名 | 名 |

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障害（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

| 最重度・重度 | 中度 | 軽度 |
|--------|-----|-----|
| 8名 | 20名 | 11名 |

・精神障害（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

| 精神疾患の区分 | 1級 | 2級 | 3級 |
|----------|----|----|----|
| 統合失調症 | 名 | 名 | 名 |
| そううつ病 | 名 | 名 | 名 |
| 非定型精神病 | 名 | 名 | 名 |
| てんかん | 名 | 名 | 名 |
| 中毒精神病 | 名 | 名 | 名 |
| 器質精神病 | 名 | 名 | 名 |
| その他の精神疾患 | 名 | 名 | 名 |
| 合計 | 名 | 名 | 名 |

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

| | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 6か月～1年 | 1年～2年 | 2年～3年 | 3年～4年 | 4年～5年 |
| 名 | 15名 | 3名 | 1名 | 名 | 1名 |
| 5年～6年 | 6年～7年 | 7年～8年 | 8年～9年 | 9年～10年 | 10年～11年 |
| 名 | 19名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 11年～12年 | 12年～13年 | 13年～14年 | 14年～15年 | 15年～16年 | 16年～17年 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 17年～18年 | 18年～19年 | 19年～20年 | 20年以上 | | |
| 名 | 名 | 名 | 名 | | |

(平均利用期間： 3.6年)

【職員の状況に関する事項】(平成21年12月1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

| | | | | | |
|-----|-----------|------|------|-------|----------|
| | 総数 | 施設長 | 事務員 | 主任指導員 | 指導員 |
| 常勤 | 9名 | 1名 | 1名 | 名 | 6名 |
| 非常勤 | 4名 | 名 | 名 | 名 | 4名 |
| | 主任介護職員 | 介護職員 | 保育士 | 看護職 | OT、PT、ST |
| 常勤 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 非常勤 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| | 管理栄養士・栄養士 | 介助員 | 調理員等 | 医師 | その他 |
| 常勤 | 名 | 名 | 名 | 名 | 1名 |
| 非常勤 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

| | |
|--------|----------|
| 社会福祉士 | 名 (名) |
| 介護福祉士 | 1名 (1名) |
| 保育士 | 1名 (1名) |
| 社会福祉主事 | 4名 (1名) |
| | 名 (名) |

(非常勤職員の有資格者数は () に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

| | | |
|-------------|---------|------------------|
| (1) 建物面積 | 477.57㎡ | |
| (2) 耐火・耐震構造 | 耐火 | ☐ 1. はい ☐ 2. いいえ |
| | 耐震 | ☐ 1. はい ☐ 2. いいえ |
| (3) 建築年 | 昭和 | 1年 |
| (4) 改築年 | 平成 | 20年 |

○保育所の場合

| | | |
|--|--|------------------|
| (1) 建物面積 (保育所分) | ㎡ | |
| (2) 園庭面積 | ㎡ | |
| (注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。 | (例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行き外遊びを行っている。 | |
| (3) 耐火・耐震構造 | 耐火 | ☐ 1. はい ☐ 2. いいえ |
| | 耐震 | ☐ 1. はい ☐ 2. いいえ |
| (4) 建築年 | 昭和 | 年 |
| (5) 改築年 | 平成 | 年 |

○児童養護施設の場合

| | | |
|---------------------|-------------------|------------------|
| (1) 処遇制の種別（該当にチェック） | ☐・大舎制 ☐・中舎制 ☐・小舎制 | |
| (2) 建物面積 | ㎡ | |
| (3) 敷地面積 | ㎡ | |
| (4) 耐火・耐震構造 | 耐火 | ☐ 1. はい ☐ 2. いいえ |
| | 耐震 | ☐ 1. はい ☐ 2. いいえ |
| (5) 建築年 | 昭和 | 年 |
| (6) 改築年 | 平成 | 年 |

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

_____ 人

・ボランティアの業務

【実習生の受け入れ】

・平成 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 _____ 人

介護福祉士 _____ 人

その他 _____ 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

社会福祉法人 後志報恩会

陽だまり

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---------------------------------|---------|---|
| Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。 | | |
| Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。 | a | 障がいのある利用者対象に「ひとり人が安心して共に生活できる福祉コミュニティの創造」を理念として明記し、ノーマライゼーション社会の実現を目指している。 |
| Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | a | サービス運営の基本方針を利用者支援の基本的視点、職員の取るべき支援姿勢、地域社会資源の活用と連携の3方針を明記して理念の具体化を図っている。 |
| Ⅰ-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。 | | |
| Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。 | a | 全ての職員が理念・基本方針を明記した業務執行の基本的な知識・技術・経験の成果を纏めた「職員ハンドブック」を携帯、日常的な業務執行や打ち合わせ・研修の機会に活用して資質やサービスの向上に活かしている。 |
| Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | a | サービス理念・基本方針を明記した利用者・家族向けのパンフレット、法人たより等は手に取れる場に配布し、利用者の生活指導場面に活かしている。なお、事業所を含め法人の課題として、よりやさしい言葉や文章に表現できるよう募って検討している。成果に期待している。 |

Ⅰ-2 計画の策定

| | 第三者評価結果 | コメント |
|------------------------------------|---------|--|
| Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。 | a | 陽だまりは平成15年知的障害者通所授産施設として創設した。かねて銀山学園の発展的整備計画の下にあり、現在、就労継続支援B型、日中一時支援対象利用者の生活支援・就労支援等を計画化している。 |
| Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | a | 2005年以降にあって、これらの計画を踏まえて各単年度の計画に具体化している。 |
| Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。 | | |
| Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。 | a | 中長期計画とその具体化は、法人組織の各業務分掌に応じて組織的過程を経て策定、決定し、単年度計画等必要に応じて計画に実行と評価・見直しをしている。 |
| Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。 | a | 職員への周知は政策過程を経て執行課程段階で周知し、各事務分掌の役割に応じて受け止め理解を図り、利用者の利益に寄与している。従来、多くの計画が利用者・家族の要望を受け、施設・設備の整備を図り、地域移行支援など生活適応の拡張をめざして周知を図っている。 |

Ⅰ-3 管理者の責任とリーダーシップ

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|---|
| Ⅰ-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| Ⅰ-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。 | a | 事務分掌規定は管理者の役割と責任を明確にし、学園運営の組織的な役割分担の下に、統括すべき職員会議等で指導と判断を下し、全業務の執行と点検・評価・方向性を示して統治責任を担っている。 |
| Ⅰ-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。 | a | 障がい者福祉に関連する法令のほか労働・衛生・保健等幅広い法令順守が求められることから、管理者の下に組織的な分担をはかり業務の適正な執行に努めている。 |
| Ⅰ-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| Ⅰ-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。 | a | 社会の多様な質的变化や人権認識の向上などの必然的契機に応じて、従来業務を見直し、実施・評価・分析過程の検討、職員の意向の汲取・確めが求められている。「コミュニケーション面談」方式を導入して職場の人的環境の改善や業務意欲を喚起するなど指導的役割を果たしている。 |
| Ⅰ-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。 | a | 多様化する福祉サービスニーズに応えるには職員の人材の確保・養成が不可欠であり、併せて人事・労務管理の適正化、一方財政的な合理化・効率化が求められている。与えられた条件下に業務委託、ボランティアの導入、人的環境の改善など工夫を重ねて改善に努めている。 |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|---|
| Ⅱ-1-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| Ⅱ-1-1 (1) -① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。 | a | 関係団体の研修会参加、行政との連携、インターネットの活用などにより社会福祉事業全体の動向を把握し、特別支援学校、地域の行政担当者などからサービスのニーズ、データを情報収集し、事業計画に反映している。 |
| Ⅱ-1-1 (1) -② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。 | a | 経営状況を把握・分析し、定員増（20名から40名）を行い、利用者が就労し易い作業を提供し支援しています。運営上の課題については、法人の運営会議で協議し改善すべき課題に取り組んでいる。 |
| Ⅱ-1-1 (1) -③ 外部監査が実施されている。 | a | 税理士法人による外部監査を実施している。 |

Ⅱ-2 人材の確保・養成

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|--|
| Ⅱ-2-1 (1) 人事管理の体制が整備されている。 | | |
| Ⅱ-2-1 (1) -① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。 | b | 事業計画に基づき具体的プランは確立しているが、専門的技術を持っている人材確保は難しく、法人全体の異動計画に基づき、適材適所の人材確保に努めている。 |
| Ⅱ-2-1 (1) -② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。 | b | 年2回職員は自己チェック表を提出し上司とのコミュニケーション面談を受ける。職場の人的環境の改善、自己の業務の気づきによる自発的改善、資質の向上を目的として導入している。結果は組織的に纏められ施設長会議等で協議にする評価体制がある。今後の効果的成果に期待したい。 |
| Ⅱ-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| Ⅱ-2-1 (2) -① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。 | a | 職員の就業状況、有給休暇の消化状況が毎月の給料支給表に記入され通知されている。また、職員の意向を把握するため、職員アンケートの実施、コミュニケーション面談を行うなど、相談しやすい仕組みを整備し、就業状況の改善に向けた取り組みを行っている。 |
| Ⅱ-2-1 (2) -② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。 | a | 北海道民間社会福祉事業職員共済会への加入、法人の職員福利厚生会による職員の交流など福利厚生に取り組んでいる。 |
| Ⅱ-2-1 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| Ⅱ-2-1 (3) -① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。 | a | 職員の教育・研修は、法人の基本方針、事業計画に基づき実行され、専門資格取得のための配慮もしている。 |
| Ⅱ-2-1 (3) -② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。 | a | 職員の知識、専門資格の必要性などを把握し、研修計画を策定しています。また、法人として研修委員会を設け、法人全体の研修を実施しています。 |
| Ⅱ-2-1 (3) -③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。 | a | 復命書により報告し、朝の打ち合わせ時に研修成果を発表する機会を設けるなど、次の研修計画に反映する取り組みをしている。 |
| Ⅱ-2-1 (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。 | | |
| Ⅱ-2-1 (4) -① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。 | a | 実習生受け入れに関するマニュアルが整備され、利用者等への事前説明を行い、責任体制を明確にしている。 |
| Ⅱ-2-1 (4) -② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。 | b | 社会福祉に関する資格取得のための実習依頼はないが、銀山学園の実習生を関連体験実習として受け止めている。 |

Ⅱ-3 安全管理

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|---|
| Ⅱ-3-1 (1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。 | | |
| Ⅱ-3-1 (1) -① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | b | 法人としてリスクマネジメント委員会を設け、非常災害時対策・危機管理体制について月1回協議している。法人の共通マニュアルとして緊急対応マニュアルなどが整備されているが、作業に伴う危機管理体制の充実を図るため、事業所独自の事故対応マニュアルの整備が望まれる。 |
| Ⅱ-3-1 (1) -② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。 | a | ヒヤリハット報告書に基づき、リスクマネジメント委員会と協議し、対策を実行している。消防署の協力で非難訓練・消火器取扱いなど実施している。 |

II-4 地域との交流と連携

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|--|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。 | a | 「地域住民の一人として社会で生きる喜びを享受できるよう」を基本に、町内会加入、地域行事（お祭り、文化祭、ダンスパーティー）、地域ボランティア（草刈、祭り会場設置等）など地域への働きかけを積極的に行っている。 |
| II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。 | a | ドライフラワー講習会、地域学校を対象とした出前講座、エコ作業（食品廃油回収、食品廃棄物回収）など、施設の持つ機能の地域への提供など積極的に取り組んでいる。 |
| II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。 | b | ボランティアを確保することが難しい地域であり、関連施設でボランティア講習会を開催し、マニュアルを作成、ブルーベリーの収穫にボランティアを受け入れているが十分な体制にはなっていない。 |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。 | b | 関係機関・団体の連絡方法等は、パソコンのネットワークを利用し、全職員が共有するシステムを取り入れている。パソコンのネットワーク項目が多く分かりづらいので検討が望まれる。 |
| II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。 | a | 就労支援センター、管内の授産施設、関係機関等と定期的に課題や事例検討を行い連携を図っている。 |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。 | | |
| II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。 | a | 法人として相談ネットワークを設け、地域の福祉ニーズの把握に努めている。事業所は、家族会、利用者との個別面談、事業所内に「何でも相談箱」を置き福祉ニーズの把握に努めている。また、関係機関等との連携・情報収集など積極的に取り組んでいる。 |
| II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 | a | 把握した福祉ニーズに基づき、法人として福祉ホーム、ショートステイ、デイサービスを行っている。 |

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|---|
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | |
| Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。 | a | 利用者の尊重や人権への配慮につき年1度セミナーを開いて組織的な勉強会を実施するなど職員に周知をはかっている。 |
| Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。 | b | プライバシーの保護については、法人のガイドブック、場面ごとに支援マニュアルにも明示し、職員研修会等で周知徹底を図っているが、実施過程の見直しを期待したい。 |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。 | | |
| Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。 | a | 保護者を含む利用者支援会議は年2回開催、夏・冬帰省時のアンケート調査と分析、月1回の利用者会議で作業等を含む満足・苦情の確認等を行っている。 |
| Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。 | a | 調査結果を分析し、改善課題を記録に留めて利用者参加の下に検討会議を開き具体的な改善を行っている。 |
| Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | |
| Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。 | a | なんでも相談箱の設置、日常相談窓口職員を選び相談できる体制、ルビづきの文章でわかりやすく周知し相談や意見の出しやすい場を設けるなど環境に留意している。 |
| Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。 | a | 苦情解決の仕組みは職員担当を決め、苦情手続きを掲示等で周知し、苦情等意見の分析・確認・記録している。次いで、利用者と面談して課題解決を相談・協議できる場・機会を設けて納得を得ている。また、事案により第三者委員の参加・協力や報告体制を整え、かつ理事会に報告して協議を経ている。 |
| Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。 | a | 組織的に対応マニュアルに添った対応と利用者の意向を強かに受け止め迅速な解決法で臨んでいる。 |

Ⅲ-2 サービスの質の確保

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|---|
| Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。 | | |
| Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。 | a | 第三者評価に係わる部署を設けて受審体制を整え、自己評価を行い分析している。 |
| Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。 | a | 評価結果を検討すると共に改善課題を明確にして文書化して解決にあたっている。 |
| Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。 | b | 今回の第三者評価の受審結果によって得た改善課題を、次年度に計画化するよう検討している。 |
| Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。 | | |
| Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。 | b | 就労的支援についての基本的なサービス方法をガイドブック等に文書化しているが、なお、利用者個々についてのサービスの標準的実施方法の具体的な文書化が望まれる。 |
| Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。 | b | 実質的に支援会議、ケース会議、モニタリング会議等サービスの具体化を図っているが具体的な標準方法の文書化に基づく見直しや検証などの仕組みが望まれる。 |
| Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。 | a | 個々のサービス各種口誌・個別記録記録を保存管理している。 |
| Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | a | 記録の保存・管理は職員の責任を明らかにした管理体制を保持している。 |
| Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。 | a | 業務の始めにあたっての打ち合わせ、個々の業務展開についての支援会議、ケース会議、カンファレンス後の情報の共有化には特段の留意を払っている。 |

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|---|
| Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。 | | |
| Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。 | a | 独自のホームページで理念の説明、施設概要、詳細な事業内容などを公開している。年間行事などの写真等を入れたパンフレットを作成し、また各事業所の取り組み等掲載した法人だよりは、関係機関・団体等に配布している。体験見学も随時行っている。 |
| Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。 | a | 利用者にも分かりやすいようにふりがな表記した契約書、重要事項説明書などにより利用者や家族に十分な事前説明がされており、利用者の同意も確認している。 |
| Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。 | | |
| Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | a | 今までは法人内での移行が殆どであるが、生涯にわたる安心を保障提供できる体系の確立のため各施設に担当者・窓口を設置し必要に応じ法人の相談支援ネットワーク担当者会議を開催し利用者への支援継続の取り組みを行っている。事業所独自のマニュアルの整備を期待する。 |

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--------------------------------------|---------|--|
| Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。 | | |
| Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。 | a | 利用者の身体状況、生活状況、行動の変化・特徴、希望などを把握し統一した様式で記録し、年2回定期的に見直しをしている。 |
| Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。 | a | アセスメントにより把握された情報を基に個別支援計画が策定され、個々のニーズや課題を具体的に明記している。 |
| Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。 | | |
| Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。 | a | 計画策定責任者が適切に策定の管理をしており、計画策定のための関係会議を行い、利用者の意向を把握し同意を得ている。事業所内パソコンをネットで繋ぎ全職員がその内容、実施状況を確認できる仕組みが出来ており機能している。 |
| Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | a | 利用者の意向に配慮しながら年2回個別支援計画の定期的な評価と見直しを行っている。必要に応じて支援会議やケース会議で計画の見直しをし、利用者や保護者の同意を得て変更している。 |